FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année ____ # THÈSE No ____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 *mai* 1886, *à* 1 *heure*

PAR ADOLPHE GRIAS

Né à Saint-Germain-des-Fossés (Allier), le 21 août 1859
Ancien interne des hôpitaux de Nantes,
Ex-prosecteur à l'École de plein exercice de la même ville.

RECHERCHES ANATOMIQUES

SUR LES

KYSTES SIMPLES DE LA MAMELLE

Président : M. CORNIL, *professeur*.
Juges : MM. RICHET, *professeur*.
HALLOPEAU, DEBOVE, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................... M. BÉCLARD.

Professeurs............	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	Ch. RICHET.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
GARIEL.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

Témoignage d'affection.

A MON ONCLE A. CHANARD ET A MA TANTE

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CORNIL

Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Professeur d'anatomie pathologique,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Sénateur de l'Allier.

A MON CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR ALBERT MALHERBE

Professeur d'anatomie pathologique à l'École de plein exercice de Nantes,
Chirurgien des hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR LAËNNEC

Directeur de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A M. LE DOCTEUR JOÜON

Chirurgien des hôpitaux,
Professeur d'anatomie,
Prosectorat 1883-84 — 1884-85.

A MES PREMIERS MAITRES

Professeurs à l'École de médecine,
Médecins et chirurgiens des hôpitaux de Nantes.

RECHERCHES ANATOMIQUES

SUR LES

KYSTES SIMPLES DE LA MAMELLE

INTRODUCTION

La majorité des cavités kystiques uniloculaires ou multiloculaires, que l'on rencontre dans la mamelle, coexistent, comme l'indiquent Follin et Duplay (1), avec des tumeurs solides, de telle sorte que le développement des premières est intimement lié à celui des secondes.

Ces auteurs ajoutent, toutefois, qu'il est utile de mentionner certaines variétés de kystes, qui peuvent se développer aux dépens de la mamelle « sans qu'il existe de tumeur appréciable. »

Il n'est pas rare, en effet, qu'en faisant des autopsies l'on rencontre des mamelles contenant un ou plusieurs kystes affectant les volumes les plus divers.

(1) Follin et Duplay. *Traité de pathol. ext.*, T. V, p. 607.

Dans ces véritables « trouvailles d'amphithéâtre », suivant l'expression de Labbé et Coyne (1), les uns varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis ; les autres atteignent les dimensions d'un pois vert, ou même d'une noisette.

Pour être moins fréquent que le précédent, c'est-à-dire que le cas où le kyste accompagne une autre tumeur, le fait peut se présenter, que l'on trouve des kystes en petit nombre, isolés, ne coexistant avec aucune tumeur solide et assez volumineux pour admettre le pouce ou recevoir une petite noix.

Ces kystes sont environnés d'une zone dure, qui va se perdre insensiblement dans le tissu de la glande qui les entoure. Cette zone a la consistance du carcinome fibreux de la mamelle, si bien qu'il en résulte, sur le vivant, que, malgré l'absence d'engorgement des ganglions axillaires, cette tumeur est presque toujours confondue avec le carcinome et enlevée comme telle.

A l'examen ultérieur, on trouve une cavité kystique sans tumeur ; on a eu affaire à un kyste simple.

Quatre faits de ce genre ont été recueillis et conservés au laboratoire d'histologie de l'École de médecine de Nantes. C'est sur l'examen de ces quatre faits que sera basée cette étude.

Étudier ces tumeurs, les modifications qu'ont subi les tissus qui les constituent et les environnent, chercher à saisir le mécanisme de leur développement, tenter de déterminer leur nature, tel est le but de notre travail.

(1) Labbé et Coyne. *Traité des tumeurs bénignes du sein*, 1876.

Pour guider notre marche, nous procéderons dans l'ordre suivant :

Après avoir établi ce qu'il faut entendre par kyste simple de la mamelle, nous donnerons dans un premier article quelques considérations sur la fréquence de la maladie.

L'historique fera l'objet d'un second chapitre.

Dans un troisième viendra la description des quatre faits que nous avons étudiés.

L'anatomie pathologique des kystes simples sera exposée dans le quatrième.

Dans le cinquième nous aborderons leur pathogénie, leur développement, leur évolution, leur pronostic.

Nous ne dirons que quelques mots de clinique, puis nous poserons nos conclusions.

Mais avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de témoigner ici toute notre reconnaissance à notre cher maître, M. le professeur Albert Malherbe, pour la bienveillance avec laquelle il nous a guidé dans les recherches et les examens nécessités par ce travail, et les bons conseils incessants qu'il a bien voulu nous prodiguer pendant le temps que nous avons fréquenté son laboratoire.

Que notre excellent ami, Félix Toché, reçoive ici nos remercîments pour le gracieux concours qu'il a bien voulu nous prêter.

CHAPITRE PREMIER

Définition des kystes simples. — Fréquence de la maladie.

Définition. — Les kystes simples peuvent se développer dans la mamelle, soit aux dépens des lobules glandulaires, soit aux dépens de leurs canaux excréteurs.

Qu'ils se rencontrent dans l'une ou dans l'autre de ces parties constituantes de la glande, nous dirons :

On appelle kyste simple de la mamelle, un kyste développé dans la glande mammaire, et y existant en dehors de toute autre manifestation morbide.

Nous éliminons de la sorte les dégénérescences muqueuses accompagnées de la formation de kystes, que l'on peut observer dans les tumeurs de la mamelle, et les cavités, telles que fentes ou kystes lacunaires qui sont liés au développement des fibromes de la glande. Le kyste dans ce cas, n'est plus qu'un épiphénomène dont l'importance pathologique s'efface devant celle de la tumeur solide qui l'a provoqué.

Dans les kystes simples, tels que nous les envisageons, c'est l'altération « sui generis » que l'on constate dans la sécrétion et dans la paroi, qui constitue l'affection. « La présence d'une paroi propre et la formation d'un contenu

variable constituent la maladie et résument le mouvement pathologique » (1).

Donc :

1° Présence d'une membrane kystique ;

2° Absence dans la paroi d'un tissu néoplasique représentant une tumeur bénigne ou maligne déterminée : telles sont en résumé les deux conditions que doit, selon nous, remplir un kyste mammaire pour être dénommé kyste simple.

Fréquence. — Après avoir ainsi déterminé les conditions d'existence des kystes simples, il n'est pas sans intérêt de chercher si cette lésion, restreinte dans les limites que nous venons d'indiquer, s'offre souvent à l'observateur.

Soit que ce genre de lésion existe rarement en réalité, soit que le petit volume atteint ordinairement par la tumeur ne provoque pas l'intervention chirurgicale, ou ne la provoque que dans les cas où les kystes, profondément placés dans la glande, donnent lieu à une erreur de diagnostic (erreur, causée le plus souvent, par la tension et la dureté de la paroi du kyste, et l'impossibilité où l'on se trouve de percevoir la fluctuation), toujours est-il, que peu de faits analogues se trouvent relatés.

Depuis que notre attention a été attirée de ce côté, nous avons pour notre part interrogé, mais toujours sans succès, nombre de seins appartenant à des femmes de tous âges, tant dans les salles de l'hôpital de Nantes, qu'à l'amphithéâtre de l'École de Médecine.

(1) Richelot. *Thèse d'agrégation*, 1878, p. 9.

En dépouillant les annales de la société anatomique de Paris, depuis 1825 jusqu'en 1886, nous n'avons trouvé qu'un seul cas bien net, et réellement comparable aux nôtres, de kyste simple de la mamelle.

Voici du reste cette observation résumée :

Observation. — (Résumé de la communication faite par M. Launay. *In Bulletins de de la Société anatomique*, 1861, p. 326.)

Il s'agit d'une demoiselle de 48 ans, qui, à la suite d'une contusion du sein, a vu au bout d'un mois se développer une tumeur au point contus. Ce n'est que six mois après qu'elle se présente à M. Demarquay qui l'examine et conclut à l'ablation du sein, se réservant de compléter son diagnostic au cours de l'opération. On trouvait là, en effet, tous les signes objectifs d'une tumeur maligne. A l'examen anatomique de la pièce, on constate que l'on a eu affaire à un kyste.

Ses parois sont épaisses, d'aspect fibreux, faisant corps avec le tissu cellulaire environnant. La paroi interne est lisse, luisante, offrant par place des plis que la distension n'efface pas.

On y remarque en outre deux enfoncements, deux diverticulums, dont l'un a la capacité d'une noisette. Celui-ci est séparé de la cavité principale par une sorte de cloison incomplète, percée à son centre d'un trou circulaire ; l'autre cul-de-sac ressemble à une impression digitale. Ces culs-de-sac et ces replis de la paroi interne font penser qu'il s'agit d'une cavité, qui, multiloculaire d'abord, est devenue uniloculaire.

Autour du kyste principal se groupent trois kystes plus petits.

Le liquide contenu dans ces kystes est muqueux, transparent, filant, il a un peu l'aspect de la synovie et colle légèrement entre les doigts.

L'examen chimique a prouvé dans ce liquide la présence de la cholestérine.

Par contre, les observations de tumeurs kystiques abondent. Tous les auteurs s'accordent sur cette plus grande fréquence, et pour n'en citer qu'un exemple, nous trouvons dans un classique (1) que, « sur un relevé de 649 faits, de kystes bien observés histologiquement, Gross compte 530 carcinomes (83 0/0), 57 sarcomes, 48 fibromes, 2 adénomes et 12 kystes seulement. »

Eu égard au grand nombre de tumeurs présentées à la société anatomique de Paris depuis 60 ans, et en admettant que les 12 cas signalés par Gross, soient des tumeurs qui rentrent dans notre définition, on voit que les kystes simples de la mamelle sont encore une rareté pathologique.

(1) Poulet et Bousquet. *Traité de path. ext.*, t. II, p. 838.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'histoire des kystes mammaires est d'origine toute moderne.

A la fin du siècle dernier, et dans les premières années du XIXe, toutes les tumeurs du sein étaient englobées dans l'appellation générique de cancer.

Astley Cooper (1), le premier, tenta une classification, et établit qu'il existe dans le sein, des tumeurs autres que les cancers, et en différant surtout par leur bénignité.

Dans son mémoire sur la maladie hydatique de la mamelle, il étudie les kystes du sein à un point de vue général, et en distingue quatre variétés.

a) La première, ou hydatide celluleuse, serait formée par une tumeur résultant du dépôt dans le tissu celluleux interlobaire, d'une certaine quantité de matière fibrineuse, au sein de laquelle se développent des poches kystiques.

b) La seconde lui semble être de nature différente. La mamelle est gonflée et en partie indurée par des masses

(1) Astley Cooper. *Œuvres chirurgicales complètes*, traduction Richelot et Chassaignac. Paris, 1867, p. 520 et suiv.

de lymphe coagulable épanchée dans le tissu cellulaire. Sur plusieurs points, la tumeur contient des kystes fluctuants.

c) La troisième est l'hydatide vraie, être doué d'une vie propre.

d) La quatrième possède les caractères du cancer.

J. Müller (1), reprenant les deux premières divisions de A. Cooper, les rattache à une même origine, et les considère comme des cavités formées dans un tissu néoplasique, creusées dans un sarcome. Il admet que ces cavités peuvent se présenter sous forme de kystes « simples ou uniloculaires » de kystes « composés ou multiloculaires », et il décrit, en outre, une troisième forme sous le nom de « cysto-sarcoma-phyllodes », caractérisée par les saillies et les végétations nombreuses qui pénètrent dans les cavités de la tumeur.

B. Brodie (2) rattacha le premier le développement d'un certain nombre de cavités, que l'on rencontre dans les tumeurs du sein, à une dilatation des conduits excréteurs de la glande. Birkett et Paget développent ces notions premières et se fondent sur ces résultats pour établir chacun une classification des cavités cystiques du sein.

Pour Birkett (3) on trouve dans la mamelle deux va-

(1) Ch. Monod. *Contribution à l'étude des tumeurs non carcinomateuses du sein*. In *Arch. gén. de médecine*, 1875, t. I, p. 33.

(2) Sir B. Brodie. *Lectures on Pathology and surgery*. Lect. V, II, p. 146, 1846.

(3) Birkett. *The diseases of the breast*. London, 1850, p. 64.

riétés de kystes, qui diffèrent essentiellement dans leur nature et dans leur mode d'origine.

Les premiers sont dus à un état morbide du tissu fibro-cellulaire qui entoure la mamelle.

Les seconds résultent d'une dilatation des conduits excréteurs, ou des culs-de-sac glandulaires, succédant à des états morbides variés de ces différentes parties anatomiques.

L'ectasie peut succéder à une inflammation du mamelon ou à une pression exercée par une tumeur extérieure aux conduits.

La division de Paget est plus simple (1). Pour lui, les kystes sont *simples ou stériles*, ne contenant que du liquide, ou bien *proligères*, à surface interne pourvue de prolongements vasculaires et de productions organisées de différente nature.

Billroth admet les *kystes par rétention* dans les conduits lactifères, et par *ramollissement de tumeurs néoplasiques* ou *inflammatoires*.

Les premiers comprennent pour lui, les kystes « d'évolution » chez les jeunes filles, et « d'involution » chez les vieilles femmes, qu'ils soient du reste, uni ou multiloculaires.

Parmi les seconds, il classe les « kystes à échinocoques » de Ast. Cooper et les « tumeurs kystiques conglomérées » produites par prolifération hétéroplastique de l'épithélium glandulaire, et dont les éléments ont

(1) Paget. *Lectures surgical Pathology*. London 1853, vol. II, p. 41-66.

subi plus tard un ramollissement, soit muqueux, soit granulo-graisseux.

Pour Fœrster, les kystes mammaires sont :

1° *Aciniens* et dus, dans ce cas, à l'extension progressive d'un ou de plusieurs culs-de-sac normaux.

2° *Canaliculaires*, par distension d'un des conduits de la glande. (Ils correspondraient alors aux kystes d'involution de Meckel et succéderaient à l'hypertrophie conjonctive d'un lobule, hypertrophie qui amènerait l'oblitération partielle d'un conduit galactophore.)

3° *De nouvelle formation*, c'est-à-dire développés aux dépens de tumeurs intra-mammaires.

Telles sont les principales divisions proposées par les auteurs étrangers.

En France, Cruveilhier, Nélaton, Velpeau, et ce dernier surtout ont contribué à élucider certains points obscurs de l'étude des kystes mammaires. C'est lui qui a distingué nettement les kystes simples, de ceux provoqués par la présence d'une tumeur.

Pour Cruveilhier (1) ces kystes sont des géodes prenant naissance sous l'influence d'un ramollissement œdémateux de parties plus ou moins considérables du centre des tumeurs.

Nélaton (2) se base sur l'époque de leur développement et les divise en uni et multiloculaires ; Bérard (3) admet cette dernière division.

(1) Cruveilhier. *Anat. pathol.*, livre XXVI.

(2) Nélaton. *Th. agrég. chirurg.*, 1839.

(3) Bérard. *Diagnostic des tumeurs du sein*, 1842.

Pour Velpeau (1), ils sont séreux, séro-sanguinolents, muqueux, séro-muqueux. Les kystes séreux forment d'ailleurs deux classes : les uns sont « simples et essentiels », les autres font partie « de quelqu'autre maladie, de quelqu'autre tumeur. »

Il rejette tout d'abord leur origine glandulaire, admise longtemps avant lui par Ast. Cooper, et ce n'est que plus tard, lorsque Lebert et son école eurent démontré dans ces tumeurs une « apparence acineuse », que Velpeau admit une organisation du caillot assez avancée pour amener la genèse d'éléments glandulaires plus ou moins parfaits.

Il rapporte de nombreuses observations de tumeurs qu'il dénomme *kystes simples*, et dont il rattache l'origine à la transformation successive de liquides épanchés, sous l'influence d'une violence extérieure, ou d'un trouble dans les fonctions menstruelles.

Lors de la discussion à la Société de chirurgie en 1854-57, M. Verneuil a fait entrer dans sa classification des kystes mammaires, ceux résultant « de la dilatation de grains glanduleux contenus dans une gangue fibreuse, et ayant perdu ou conservé leurs connexions avec les canaux excréteurs. »

Lebert (2) signale des kystes par dilatation d'un conduit.

En 1874, Cadiat (3) distingue les kystes simples des

(1) Velpeau. *Tumeurs de la mamelle*, 1858, p. 352 et 369.

(2) Lebert. *Anat. générale et spéciale*. Paris, 1857, t. I.

(3) Cadiat. *Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, janvier 1874.

kystes composés, en attribuant les premiers à la transformation des hypertrophies glandulaires, sans développement parallèle des canaux galactophores. Pour lui, les kystes composés sont liés et consécutifs à la présence d'un néoplasme qui les précède ou qui les suit.

Dans sa thèse, où il n'a en vue que la pathogénie spéciale des kystes développés au sein des acinis et des conduits galactophores, Rogeau (1), sous l'inspiration de MM. Labbé et Coyne, signale des kystes indépendants de toute production étrangère, kystes uniques ou multiples, que l'on observe quelquefois pendant la vie, qu'on ne trouve souvent qu'à l'amphithéâtre, ne donnant lieu sur le vivant à aucun symptôme qui révèle leur existence.

En 1876, Labbé et Coyne (2), traitant des tumeurs bénignes du sein, étudient les kystes de cet organe en s'appesantissant surtout sur ceux d'origine glandulaire. Pour ces auteurs, ces kystes, qui sont le produit de modifications plus ou moins profondes subies par les éléments constituants de la glande, acquièrent une importance majeure à cause des altérations de ces éléments, suivant la variété et la nature des tissus pathologiques qui les entourent.

D'après le mécanisme qui a présidé à leur développement, ces kystes sont :

a) *Régressifs*, et alors ils accompagnent souvent un

(1) Rogeau. *Sur une variété spéciale de kystes par rétention de la glande mammaire. Thèse de Paris*, 1874.

(2) Labbé et Coyne. *Traité des tumeurs bénignes du sein*, 1876.

néoplasme, ou se montrent indépendamment de lui.

b) *Lacunaires*, et c'est alors l'action mécanique exercée par la tumeur concomitante qui provoque leur formation.

c) *Par rétention*, et dans ce cas ils en distinguent deux variétés, selon que la rétention est due à une végétation endo-canaliculaire, ou à un étranglement par rétraction fibreuse du conduit excréteur.

S'il lui fallait résumer l'état de nos connaissances sur les kystes simples, Richelot (1) devrait avouer que le degré de fréquence et le mode de formation des « kystes sans tumeur » sont encore loin d'être connus ; mais, bien qu'il ne soit jamais sûr — du moins au point de vue clinique — d'avoir affaire à un kyste simple, on n'est pas en droit de les rayer du cadre nosologique.

Cornil et Ranvier (2) maintiennent la division en kystes composés et en kystes simples, selon qu'ils sont ou non, accompagnés d'une tumeur.

Les autres auteurs classiques partagent la même manière de voir. Ils signalent tous la présence de kystes accompagnant les diverses tumeurs de la mamelle, mais ils maintiennent les kystes simples. « En envisageant la pathogénie des kystes comme liée à la production d'un bourgeonnement émanant des cavités normales des canaux galactophores ou des acinis, on réduit singuliè-

(1) Richelot. *Tumeurs kystiques de la mamelle. Thèse d'agrégation*, 1878.

(2) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*, 2e édition, t. I, p. 347.

rement la place qui reste aux kystes simples ; et cependant nous ne pouvons admettre une proposition aussi formelle, qui, de propos délibéré, rattache constamment ces tumeurs à l'existence d'un tissu pathologique.

« En quoi, d'ailleurs, est-il répugnant d'accepter que ce qui a lieu dans tous les autres organes ne se passe pas dans la mamelle? » (Lannelongue, Dict. Jaccoud, article Mamelle.)

En résumé, l'histoire des kystes mammaires se divise en deux parties : d'un côté les kystes liés à des tumeurs, de l'autre les kystes simples. Les premiers sont connus, ils sont fréquents. Quant aux autres, signalés pour la première fois par Velpeau en France, par Paget à l'étranger, désignés sous les noms de kystes séreux, kystes sans tumeur, kystes simples, admis par la plupart des auteurs, contestés par quelques-uns, ils n'en ont pas moins droit, malgré la rareté des observations rapportées, à une place dans la classification générale.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Dans ce chapitre, comme nous l'avons dit dans notre introduction, nous ferons la description des quatre cas de kyste simple de la mamelle, que nous avons étudiés au laboratoire d'histologie de l'École de Nantes. Ces pièces y ont été envoyées durant les années 1882, 1883, 1884, par nos maîtres de l'École et des hôpitaux, qui les ont recueillies soit dans leur clientèle privée, soit dans leur pratique hospitalière.

Un seul kyste, celui que nous décrivons dans le chapitre suivant, comme observation V, a été trouvé à l'amphithéâtre de dissection, le lendemain de la mort du sujet.

Nous serons forcément muet sous le rapport clinique. Le registre où sont inscrites ces tumeurs, au fur et à mesure qu'elles sont apportées au laboratoire, ne contenant aucune note, aucune mention rappelant soit l'âge, soit les antécédents de la malade, soit la date du commencement de la maladie, il nous sera impossible d'en retracer l'histoire.

Notre travail ayant pour but des recherches anatomiques, c'est surtout sur la description de ces tumeurs que nous nous étendrons.

Les coupes pratiquées par M. le prof. A. Malherbe,

les jours qui ont suivi l'ablation de ces diverses tumeurs, les comptes rendus de la société anatomique de Nantes, publiés sous sa direction, les coupes et les examens que nous avons pratiqués nous-même, seront les bases sur lesquelles s'appuiera notre description.

Observation I.

La tumeur qui fait l'objet de cette observation a été enlevée par M. Patoureau en 1882.

La portion de la glande dans laquelle le kyste est inclus offre à peu près le volume du poing. La peau est lisse et normale, non adhérente au tissu sous-jacent. Le mamelon non rétracté a une longueur de 1 centimètre.

Latéralement, et à 2 centimètres du mamelon, on perçoit une induration offrant le volume d'une noix. Fendant la pièce à ce niveau, on tombe sur une cavité kystique contenant un liquide louche, peu abondant (qui n'a pas été examiné au microscope).

Le kyste peut loger la première phalange du pouce. Sa paroi est grise, ridée, ne portant pas trace de cloisonnement.

Une incision, divisant le fond de la cavité, montre que la partie sous-jacente de la glande offre dans le grand diamètre du kyste une épaisseur variant de 1/2 à 1 centimètre. Cette portion de glande est dense, fibroïde, homogène; la paroi propre du kyste qui la recouvre, épaisse de 5 millimètres, est grisâtre et lui adhère fortement.

Examen microscopique. — En jetant un coup d'œil d'ensemble avec un faible grossissement (Verick oc. 1, obj. 2, tube baissé) sur des coupes pratiquées dans la paroi, on constate partout l'absence d'épithélium à la face interne de la membrane kystique. Mais cela n'a rien de surprenant, car la tumeur avait déjà ma-

céré longtemps dans l'alcool, et nous verrons que, pour bien étudier l'épithélium, il faut employer une méthode spéciale.

Le tissu constituant la paroi proprement dite du kyste peut se diviser en trois couches.

Les deux premières se différencient par la variété de leur coloration par le picrocarmin, la troisième par l'aspect tout particulier de sa texture.

En allant de la paroi interne de la cavité kystique vers la périphérie de la glande, on rencontre un tissu fibreux généralement très dense, d'autant plus dense qu'il est plus interne.

La zone limite, formée de tissu fibreux faiblement coloré par le carmin, offre des faisceaux presque parallèles, volumineux, séparés par place par une substance granuleuse, vaguement fibrillaire, réfractaire à la coloration. L'ensemble des faisceaux qui constituent ce que nous appelons la première couche offre une épaisseur moyenne de 1/4 de millimètre. Cette couche, par son aspect général, rappelle celui du fibrome lamelleux. On voit accolés à côté des faisceaux, les noyaux des cellules fixes du tissu conjonctif.

La deuxième couche mesure de 1/4 à 1/2 millimètre. Sa coloration est plus intense que celle de la précédente. Les faisceaux fibreux y sont moins réguliers et ils semblent s'y montrer coupés dans toutes les directions.

On n'observe pas entre eux cette matière grisâtre, amorphe que nous avons signalée dans la première couche; on y voit quelques rares sections de vaisseaux qui faisaient entièrement défaut dans la couche interne.

Peu à peu, et en s'éloignant toujours de la cavité kystique, le tissu fibreux, dont les faisceaux présentaient jusqu'ici un parallélisme sensible, commence à s'onduler. C'est au milieu de ces faisceaux légèrement incurvés que l'on observe des traînées de cellules considérables, vestiges des culs-de-sac mammaires.

Ces restes de culs-de-sac peuvent être considérés comme établissant la démarcation entre la deuxième et la troisième couche dans la division artificielle que nous avons faite de notre paroi kystique pour en faciliter la description.

Au delà en effet de ces vestiges glandulaires, le tissu que l'on trouve n'est autre que le tissu normal de la glande, faisceaux conjonctifs larges, fortement ondulés, très colorés par le carmin, dans l'interstice desquels on remarque çà et là des cellules adipeuses. Cette trame conjonctive est parsemée d'îlots glandulaires aux environs desquels se montrent des sections de petits vaisseaux.

Reprenant à un fort grossissement (obj. 6, oc. 1) l'étude de la couche limite, nous voyons que les faisceaux colorés se réduisent de plus en plus à mesure qu'on avance vers la surface interne de la membrane kystique. La matière grise, granuleuse, provient d'une sorte de nécrobiose du tissu fibreux, et il ne reste de coloré que les noyaux des cellules fixes. Ces cellules restent soit isolées, soit réunies en ligne de deux ou trois, elles sont contenues dans de petites cavités fusiformes résultant de l'écartement des faisceaux conjonctifs.

En résumé, nous avons pu observer trois couches :

1° Une couche d'éléments fibreux condensés, se colorant peu par le carmin ;

2° Une couche plus colorée et de texture moins serrée ;

3° Une couche plus ou moins modifiée.

Nous n'avons pas pu observer la couche épithéliale, parce qu'on avait négligé de pratiquer l'imprégnation d'argent sur la pièce fraîche.

Nulle part, soit dans la paroi elle-même, soit dans les tissus environnants, nous n'avons trouvé d'indice qui pût nous permettre une hypothèse sur la pathogénie du kyste, nulle part non plus, nous n'avons trouvé trace de tumeur bénigne ou maligne définie. (Année 1882, pièce n° 21.)

Observation II.

Cette tumeur, enlevée par M. Heurtaux, a été présentée par lui à la séance d'août 1882 de la Société anatomique de Nantes.

Une incision faite à travers la pièce pathologique montre dans son intérieur quatre cavités kystiques d'assez grandes dimensions pour recevoir l'extrémité du pouce. Autour d'elles sont plusieurs autres cavités plus petites. La paroi de ces divers kystes est lisse, le tissu qui les sépare est dur et résistant.

Nous avons étudié le contenu des cavités, l'épithélium qui les tapisse et leur paroi, ainsi que le tissu intermédiaire.

1° *Contenu.* — Le contenu est un liquide grisâtre, riche en corpuscules réfringents, qui ressemblent beaucoup à des boules concentriques de myéline. Ces corps noircissent légèrement dans une solution très faible d'acide osmique.

2° *Épithélium.* — Le raclage (1) de la paroi des kystes permet d'obtenir des lambeaux assez considérables d'épithélium. Traités par le picrocarminate d'ammoniaque, les éléments anatomiques qui les constituent offrent une coloration brun acajou uniforme. Les cellules épithéliales affectent les formes et les dimensions les plus diverses; les unes fusiformes, variant de 15 à 45 μ, les autres, en forme de raquette, mesurent de 25 à 30 μ dans leur grand diamètre et de 15 à 18 dans leur petit; d'autres ont plusieurs prolongements, les unes sont à bords découpés, les autres à contour régulier.

Lorsqu'elles apparaissent dans le champ du microscope sous forme de lambeau, les cellules sont soudées ensemble, mais on distingue les limites de chacune d'elles, marquées par un contour noirâtre. Quelquefois elles dessinent des mosaïques élé-

(1) Ce raclage a été fait après macération dans l'alcool; la pièce fraîche a subi une légère imprégnation d'argent.

gantes (voir planche fig. 3) composées de cellules à dimensions uniformes, qui offrent, par suite de leur pression réciproque, des diamètres égaux dans tous les sens.

Ces cellules mesurent 15 μ environ. En faisant varier l'objectif, on voit qu'elles sont séparées les unes des autres par une ligne transparente ; chacune d'elles apparaît isolée et indépendante.

Les noyaux sont volumineux ; ils mesurent environ de 9 à 12 μ dans une cellule fusiforme de moyenne grandeur. Les cellules en mosaïque ont des noyaux plus petits. Ces derniers ne se différencient nullement du reste de la cellule par leur coloration, ce qui tient à un état de dégénérescence déjà assez marqué. Le protoplasma qui les entoure est du reste entièrement granuleux ; çà et là, il offre une tendance très accentuée à la degénérescence muqueuse, certains points ont déjà subi la transformation graisseuse.

3° *Paroi.* — Sur diverses coupes pratiquées dans l'épaisseur de la paroi des kystes et dans la zone environnante, on reconnaît le tissu mammaire à peine modifié par une certaine hypertrophie des culs-de-sac glandulaires, et par une condensation plus ou moins marquée de la trame. On y retrouve des fibres conjonctives sensiblement parallèles, colorées par le picrocarmin à la face limitante du kyste, et plus en arrière d'autres fibres, d'une coloration plus intense, ayant conservé leur largeur, ondulées, au milieu desquelles on remarque de longues files irrégulières de cellules graisseuses.

Dans l'épaisseur de la paroi, et à très peu de distance de la cavité kystique, sont des culs-de-sac glandulaires d'aspect variable. Quelques-uns ont subi une dilatation assez notable, mais ont conservé leur épithélium prismatique. Ils ressemblent aux kystes lacunaires que l'on rencontre dans les tumeurs fibreuses de la mamelle.

D'autres, toujours sur le bord de la paroi kystique, ont subi

une dilatation plus considérable encore ; leur épithélium est alors notablement modifié ; il est aplati et a subi une dégénérescence granuleuse très prononcée. Il semble y avoir là des kystes simples en voie de formation.

4° *Tissu intermédiaire.* — Nous avons dit en commençant, que notre tumeur comprenait plusieurs cavités kystiques.

Dans le tissu qui sépare ces divers kystes, nulle part nous n'avons vu de points carcinomateux. On trouve dans son épaisseur une grande quantité de culs-de sac glandulaires logés au milieu des faisceaux conjonctifs ondulés qui le constituent. Parmi ces culs-de-sac, les uns sont normaux, beaucoup sont dilatés dans des proportions variées. Dans certains points, ils arrivent presque à se confondre ; les cellules qui les tapissent sont manifestement en prolifération, mais elles ont conservé le type normal et ne vont pas jusqu'à remplir la cavité.

Autour de quelques-uns de ces culs-de-sac, qu'ils soient isolés ou qu'ils se trouvent réunis plusieurs ensemble, on voit par places, en dehors de la zone conjonctive qui les environne, des amas grisâtres et granuleux les enserrer complètement.

Ces amas paraissent être des grains élastiques destinés à se transformer en fibres.

Résumé. — En résumé, les modifications que présente la glande mammaire autour du kyste ne répondent pas à la structure d'un néoplasme déterminé. Elles sont simplement le résultat soit d'un peu d'irritation, soit de la condensation du tissu. La forme métatypique de l'épithélium, que nous avons décrit, pourrait sembler suspecte ; nous avons vu en effet que cet épithélium raclé sur la paroi des kystes était de formes variées et de dimensions considérables. A un premier examen, l'observateur, qui ne verrait que ces cellules, serait tenté de croire à un processus épithéliomateux, et pourtant nous sommes convaincu, avec notre maître, M. Alb. Malherbe, qu'il n'en est rien.

Dans cette tumeur, en effet, les cellules épithéliales sont pu-

rement et simplement des cellules de revêtement. Nous ne les trouvons qu'à la face interne des grands kystes, dans les culs-de-sac voisins elles n'existent déjà plus. C'est en vain que nous avons cherché au milieu des espaces du tissu conjonctif des amas de cellules analogues à ceux de l'épithéliome. Diverses observations, faites notamment sur les kystes de l'ovaire, nous ont appris que la forme des cellules d'une production pathologique peut varier suivant le milieu dans lequel se trouvent ces cellules; il n'est donc rien d'extraordinaire qu'au milieu d'un tissu muqueux, et plongées dans une matière de consistance molle, subissant déjà elles-mêmes la dégénérescence graisseuse ou muqueuse, on voie leur forme varier et s'altérer.

Nous serions donc ici en face d'un kyste simple de la mamelle, kyste résultant de la dilatation des culs-de-sac glandulaires, et cette variété de formes épithéliales que nous avons constatée montrerait une fois de plus que les épithéliums peuvent dévier de leur type en dehors des tumeurs malignes, et sous l'influence de diverses conditions de milieu. (Année 1882, pièce n° 81.)

Observation III.

En juillet 1883, M. le Dr Dupas présente une tumeur de la mamelle qu'il a enlevée. En coupant la pièce, on voit que son centre est occupé par un certain nombre de cavités kystiques, dont les plus volumineuses peuvent loger le bout du pouce. Ces cavités sont séparées les unes des autres par un tissu fibreux, épais, n'ayant point l'aspect du tissu carcinomateux, ni du tissu du fibrome mammaire, et paraissant formé par l'épaississement des cloisons fibreuses de la glande. Les kystes sont remplis par une sorte de liquide puriforme, leur surface interne est quelque peu anfractueuse.

L'examen microscopique a porté sur le contenu des kystes,

sur leur épithélium de revêtement, sur leur paroi fibreuse et sur le tissu environnant.

1° *Contenu.* — Nous avons dit qu'il avait l'aspect puriforme. Au microscope, on le trouve composé de granulations en suspension et de gros corpuscules de Glüge provenant de la transformation granuleuse des cellules épithéliales.

2° *Epithélium.* — On obtient cet épithélium dans de très bonnes conditions pour l'étude par la méthode suivante : on fait une imprégnation d'argent (sur la pièce absolument fraîche, bien entendu), puis, une fois l'argent réduit, on racle la paroi des kystes. On obtient ainsi des lambeaux d'épithélium plus ou moins larges, dont certains, qui n'ont pas subi l'imprégnation d'une façon exagérée, peuvent encore se colorer par le carmin.

En étalant ces lambeaux sur un verre porte-objet, on a des préparations qui montrent, outre le revêtement en mosaïque, avec les raies noires de l'imprégnation d'argent, des plaques isolées, formées de cellules soudées ensemble, à contours nettement délimités, offrant des particularités fort remarquables.

Ces cellules, obtenues par le raclage, présentent en effet les formes les plus bizarres. Les éléments à masse protoplasmique allongée y prédominent ; on en rencontre encore de sphériques, d'autres en forme de raquette. Leurs grandes dimensions les font surtout remarquer, quelques-unes de ces cellules sont colossales. La plupart possèdent un certain nombre de gros noyaux.

Tandis que les cellules composant la mosaïque normale de revêtement mesurent de 15 à 20 μ dans leurs divers sens, nous trouvons, dans les plaques isolées, certaines cellules sphériques et en raquette, dont les dimensions oscillent entre 25 et 45 μ. Leurs noyaux multiples ont jusqu'à 80 μ de longueur sur 15 μ de largeur; leur centre est occupé par plusieurs petites masses colorées par le carmin d'une façon diffuse.

Celles qui sont en forme de fuseau peuvent acquérir des dimensions plus exagérées encore. C'est ainsi que nous trouvons une grande cellule allongée, découpée à ses extrémités, qui mesure 156 μ dans son plus grand diamètre, y compris ses prolongements : abstraction faite de ces derniers, elle a 105 μ. Sa largeur est de 30 μ. Un seul noyau fortement coloré occupe le centre de la cellule. Il mesure 36 μ. Le protoplasma qui l'entoure est granuleux.

Par leur aspect général, ces éléments se rapprochent de ceux qu'on observe dans le sarcome fuso-cellulaire à grandes cellules. Il est certain qu'au premier abord de pareils éléments éveillent l'idée d'un néoplasme malin, cependant rien dans le tissu de la paroi ne rappelle l'aspect du carcinome mammaire et l'on ne trouve rien non plus qui ressemble au fibrome, au myxome, ou au sarcome du sein.

3° *Paroi.* — Nous avons vainement cherché à voir sur les coupes la disposition de l'épithélium du kyste. Partout cet épithélium était tombé. A partir de la limitante interne du kyste on peut diviser la paroi en trois couches :

a. La première formée de tissu connectif dense, à fibres parallèles, est assez vivement colorée par le carmin. Des amas d'une coloration plus intense se trouvent entre les fibres et semblent correspondre à des cellules étouffées par la pression qu'elles ont subie de la part des faisceaux.

b. La deuxième couche d'une épaisseur sensiblement égale à celle de la précédente, présente avec une coloration moindre, des faisceaux presque parallèles. Ils sont mieux délimités, les cellules qui les séparent sont plus volumineuses, puis le tissu devient moins régulièrement stratifié ; il est infiltré de cellules embryonnaires qui, n'ayant pas subi une pression aussi directe que les précédentes, ont conservé leur forme arrondie.

c. Dans la troisième couche, de nombreux culs-de-sac irrités,

disséminés au milieu d'un tissu connectif riche, lui aussi, en tissu embryonnaire, ont subi un développement variable. On arrive ensuite à la couche normale du tissu conjonctif.

4° *Tissu environnant.* — Dans toute la zone qui entoure le kyste, se trouvent les nombreux culs-de-sac que nous avons signalés. Ces culs-de-sac sont tantôt semblables à ceux d'une glande mammaire en voie de développement, tantôt élargis comme les kystes lacunaires que l'on observe dans les tumeurs bénignes du sein ; parmi ces derniers, on peut, croyons-nous, trouver les premières phases des kystes simples de la mamelle.

L'épithélium est d'abord prismatique et se développe sans perdre ses caractères morphologiques, à mesure que s'agrandit la cavité qu'il tapisse. Mais bientôt la couche épithéliale la plus interne subit une dégénérescence muqueuse et granulo-graisseuse, qui se manifeste par l'apparition de quelques gouttes de mucus dans le protoplasma, puis par la transformation de ce dernier en une masse granuleuse. C'est alors que les cellules tombent dans l'intérieur du kyste, qui se trouve ainsi rempli d'une matière muqueuse et de corps granuleux. C'est probablement alors aussi, que les nouvelles couches épithéliales se développent, en prenant cette exubérance et ces formes métatypiques que nous avons signalées.

Les vaisseaux des parois du kyste sont en petit nombre ; ils sont parfois un peu enflammés.

Résumé. — En résumé, modification du liquide contenu dans le kyste, condensation du tissu connectif, due à la pression excentrique qu'ont subi les parois kystiques, étouffement des cellules fixes du tissu conjonctif, dû à cette même pression, prolifération de noyaux embryonnaires dans les couches postérieures, que l'on peut regarder comme le résultat de l'irritation des culs-de-sac voisins, forme métatypique de l'épithélium de revêtement, produite sans doute par cette même irritation, telles

sont les lésions que l'on relève dans le kyste qui fait l'objet de cette observation. (Année 1883, pièce n° 112.)

OBSERVATION IV.

Il s'agit d'une femme de 56 ans, qui porte une tumeur au sein depuis plusieurs années. Elle a cru s'apercevoir que la boule dure qu'elle sent depuis longtemps déjà en dehors de son mamelon droit a grossi quelque peu, et elle vient prier M. Poisson de l'en débarrasser.

Il n'y a jamais eu d'inflammation douloureuse du sein, il n'y a pas trace de ganglion dans l'aisselle. La peau n'est pas adhérente à la tumeur, dont l'on perçoit très bien l'induration et le mamelon n'est pas rétracté.

L'opération est pratiquée en août 1884.

Examen anatomique. — La pièce anatomique est constituée par une grande partie de la glande mammaire, recouverte d'un lambeau de peau losangique. A la partie latéro-inférieure droite du mamelon, on constate un nodule du volume d'une noix, immobile au milieu du tissu glandulaire et graisseux qui l'entoure.

Incisant ce nodule, on trouve à son intérieur une cavité kystique du volume d'une amande, à petite extrémité, dirigée du côté du mamelon, contenant un liquide louche et assez épais. L'intérieur de ce kyste est tapissé par une membrane grise, ridée, sans aucune végétation.

Une incision portant sur toute l'épaisseur de la glande et passant par le grand axe du nodule, montre que cette membrane a une épaisseur de 1 millim. Sa couleur tranche sur le blanc nacré du tissu sous-jacent, qui offre au scalpel une consistance plus ferme.

Tout près de la cavité kystique, mais un peu au-dessus, et

plus près du mamelon, on constate deux autres petits kystes. qui contiennent un liquide à peu près semblable à celui dont nous avons parlé. La paroi de ces petits kystes est blanc jaunâtre, lisse, et comme fibreuse; dans l'un d'eux, on voit déboucher en infundibulum un conduit galactophore.

Examen microscopique. — Nous avons examiné le liquide du kyste, l'épithélium de revêtement, la paroi kystique avec la membrane grisâtre qui la tapisse, et les tissus environnants. Nous avons pu étudier sur cette tumeur les différents stades de développement des kystes simples.

1° *Liquide.* — Louche, jaunâtre, épais. Il est coagulable par l'alcool pur. Au microscope, on aperçoit de nombreux points réfringents nageant dans un liquide incolore ; des débris épithéliaux, des leucocytes en voie de dégénérescence granulo-graisseuse et des corpuscules de Glüge.

2° *Epithélium.* — Il se présente sous la forme de lambeaux composés de cellules disposées en mosaïque (voir pl. fig. 3). Chacune de ces cellules a environ 40 μ. Elles sont séparées les unes des autres par un espace réfringent. Elles possèdent un noyau légèrement coloré par le carmin. Le nucléole est apparent chez certaines d'entre elles ; le protoplasma est entièrement granuleux.

3° *Paroi.* — Par des coupes faites en différents points de la tumeur, mais comprenant toujours une partie de la paroi, nous avons pu nous assurer qu'il existe partout des modifications du tissu qui avoisine le kyste et des éléments glandulaires voisins. Sur une préparation suffisamment étendue, qui comprend la paroi du kyste et une large partie du tissu environnant, contenant du tissu sain, on distingue à un faible grossissement trois zones diversement colorées par le carmin.

a. La première, bordée par une ligne entièrement grise, offre dans toute son épaisseur une stratification grise et rose, paral-

lèle à la cavité kystique, émaillée de points ayant subi d'une façon plus intense l'action du picro-carmin.

b. Dans la seconde, plus vivement colorée que la première, les lignes grisâtres se font plus rares, et l'on n'y constate plus que des points sombres disséminés çà et là. A sa limite la plus éloignée de la cavité kystique, on peut reconnaître des amas rouges, qui ne sont autres que des culs-de-sac glandulaires.

c. La troisième zone offre l'aspect strié normal du tissu mammaire interrompu souvent par des sections de culs-de-sac, à tous les degrés de la dilatation.

Si l'on reprend chacune de ces zones à un plus fort grossissement, on peut voir ce qui suit :

La ligne grisâtre formée par la couche limite est constituée par des faisceaux de fibres ayant subi la dégénérescence muqueuse. L'ensemble de la première couche se présente sur une préparation vivement colorée, comme formée d'un tissu dense dans lequel les ondulations des faisceaux fibreux de la mamelle sont devenus rectilignes.

Une partie d'entre eux a subi la même dégénérescence que ceux de la couche limite, et ils se présentent alternant avec des faisceaux colorés par le carmin, et infiltrés de cellules embryonnaires.

Des fentes lacunaires, de forme allongée, amincies à leurs extrémités, se rencontrent tout près du bord interne de la paroi kystique ; à côté se trouve la section d'un conduit galactophore. Plus loin, d'autres lacunes offrent à leurs extrémités des dépressions acineuses déformées. Ces lacunes sont revêtues à leur surface interne d'un épithélium cylindrique. On voit dans leur intérieur un détritus granulo-graisseux.

Dans la seconde couche, plus riche en faisceaux rouges, nous voyons le nombre des fibres dégénérées diminuer. Les éléments sont ici moins comprimés, plus ondulés que précédemment, les

cellules embryonnaires moins nombreuses se retrouvent cependant agglomérées en amas autour des culs-de-sac. On en trouve aussi quelques petits nids dans les culs-de-sac qui siègent sur le bord externe.

La troisième couche offre le tissu normal de la glande mammaire semé de cellules adipeuses. Au milieu de ce tissu, de nombreux culs-de-sac entourés pour la plupart d'une zone jaunâtre se présentent, comme nous l'avons dit, à tous les degrés de dilatation.

Examinons, en effet, un de ces amas glandulaires. A côté de sept ou huit culs-de-sac, pourvus d'un épithélium cubique normal, écartés les uns des autres et entourés chacun de faisceaux fibreux circulaires et réguliers, nous en trouvons un autre dilaté, occupant une surface aussi grande que celle occupée par tous les précédents ensemble. Le tissu fibreux qui l'environne est irrégulier, mince, dense, on y voit quelques cellules embryonnaires. Les parois de ce cul de-sac sont tapissées de cellules, les unes allongées, les autres circulaires, par place il n'y en a qu'une seule couche, à côté on peut en voir plusieurs superposées.

Quelques cellules sans forme bien fixe, dans lesquelles on croit apercevoir un léger point plus coloré quand on fait varier le microscope, et qui peut être considéré comme un noyau, se voient au centre de la lumière de l'acinus, lumière qui présente une forme absolument irrégulière.

Ailleurs une double rangée de cellules, indépendante l'une de l'autre, se voit dans un cul-de-sac dont le fond n'est encore occupé par aucune cellule. Nous avons trouvé des amas de culs-de-sac, siège d'une prolifération cellulaire active. Ils sont environnés en bloc par des fibres condensées du tissu conjonctif, et à l'intérieur de la circonférence ainsi formée, les cloisons qui séparaient les culs-de-sac apparaissaient sous forme granuleuse à

coloration grisâtre. Des cellules de nouvelle formation étaient éparses au milieu de ces tractus dégénérés.

Résumé. — En résumé, kystes multiples, épithélium de revêtement pavimenteux, condensation du tissu conjonctif, aplatissement d'un certain nombre de culs-de sac par pression excentrique et dégénérescence muqueuse d'une grande partie des faisceaux fibreux constituant la paroi, dûe à la même cause; prolifération de cellules embryonnaires, dilatation des culs-de-sac environnants à tous les degrés de l'ectasie, telles sont les principales lésions que nous relevons dans cette tumeur. (Année 1884, pièce n° 117.)

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes simples de la mamelle sont constitués par des dilatations de l'appareil glandulaire, dilatations qui portent surtout, et peut-être exclusivement, sur les culs-de-sac sécréteurs.

Un seul cul-de-sac, peut en se dilatant donner naissance à un kyste, et il est probable que certains kystes, cloisonnés incomplètement, sont formés par la dilatation de plusieurs culs-de-sac qui se fusionnent plus tard d'après un mécanisme que nous avons étudié (obs. IV), et sur lequel nous reviendrons.

La cause déterminante des kystes mammaires nous échappe presque complètement ; on est tenté sans doute de les comparer aux kystes par rétention, mais la

glande mammaire ne sécrète que par intermittence, et souvent il s'est écoulé un temps bien long entre le dernier allaitement et l'apparition du kyste ; enfin, ce n'est que par hypothèse que nous pouvons admettre dans certains cas l'atrésie d'un conduit galactophore ou sa compression comme cause de la formation d'un kyste.

Quoi qu'il en soit, les kystes simples de la mamelle se présentent sous la forme suivante : une ou plusieurs cavités, de volume variant depuis la grosseur d'une forte tête d'épingle jusqu'à celle d'une amande ou d'une petite noix, sont creusées au milieu de la glande mammaire.

Elles sont entourées d'une zone plus ou moins épaisse de tissu mammaire condensé, dont la consistance a quelque analogie avec celle du cancer fibreux de la mamelle, mais dont la couleur est beaucoup plus blanche. Tels sont les cas que nous avons pu étudier, il est vrai que l'ablation en ayant été faite, on ne sait pas quel développement ils auraient pu atteindre.

Ces kystes peuvent-ils devenir énormes? Paget cite un cas où la poche contenait 12 à 13 livres de liquide, mais il n'est pas démontré qu'il ait eu affaire à une affection identique à celle que nous étudions.

Leur forme et leur consistance varient. S'ils sont petits, on les trouve sphériques; atteignent-ils le volume d'une amande ou d'une grosse noix, ils affectent une disposition toute spéciale, conique, à pointe tournée vers le mamelon.

La fluctuation est quelquefois perceptible, mais il faut pour cela que le kyste atteigne le volume d'une petite

pomme. Dans les kystes moyens, comme ceux que nous avons décrits, la tension du liquide, l'épaisseur des tissus qui les recouvrent les font prendre le plus souvent à la palpation pour des tumeurs solides.

La peau n'adhère nullement à la tumeur, à moins toutefois qu'une distension exagérée n'ait provoqué une perforation spontanée de la paroi kystique, ou qu'une ponction n'ait été le point de départ d'un processus inflammatoire amenant le même résultat.

Le mamelon n'est pas rétracté.

A la coupe, le tissu mammaire environnant est dur et condensé, il se continue sans démarcation nette jusqu'à la cavité kystique. Pour Vernhes (1) ce qui distingue les kystes simples du sein de la plupart des autres kystes, c'est l'absence de paroi distincte.

Lannelongue, dans le Dict. de Jaccoud (2) dit aussi : « L'anatomie pathologique des kystes qui ne sont pas liés à une tumeur de la glande, révèle un fait sur lequel on doit être prévenu, et que Velpeau a bien mis en évidence. Ces kystes ont une paroi propre, mais cette paroi ne s'isole pas des tissus voisins, elle est intimement unie à eux, et l'on ne peut ni l'énucléer, ni la séparer par la dissection. »

La surface interne du kyste est souvent unie, parfois elle est un peu ridée, surtout après macération dans l'alcool. D'autres fois, elle est soulevée par des cloisons in-

(1) Vernhes. *Des tumeurs du sein et de leur diag. différentiel.* Montpellier, *Th.*, 1877, p. 29.

(2) Dict. Jaccoud. Art. *Mamelle.*

complètes rappelant les colonnes charnues du cœur, ou la muqueuse d'une vessie à colonnes. Cette disposition est due probablement à la fusion de deux ou plusieurs kystes primitivement isolés. « Le contenu varie d'un kyste à l'autre ; ici, il est limpide et séreux, ailleurs, verdâtre et ambré, il n'est pas rare de le trouver brunâtre, hématique, plus ou moins épais, ou encore analogue à de la synovie (1). » (Poulet et Bousquet.)

Nous l'avons toujours trouvé louche, tenant en suspension des débris épithéliaux. On y voyait briller des paillettes de cholestérine, c'était toujours un liquide albumineux, susceptible de se coaguler en masse par l'alcool.

Examen microscopique. — L'étude microscopique des kystes simples, doit porter sur quatre points :

a. — Le contenu.
b. L'épithélium.
c. — La paroi.
d. — La zone avoisinante.

a) *Contenu.* — En dehors des caractères physiques et chimiques que nous lui avons décrit plus haut, on y voit au microscope, des granulations, des leucocytes et des corpuscules de Glüge.

b) *Épithélium.* — Pour bien l'étudier, il faut employer la technique signalée précédemment (p. 28), c'est-à-dire l'imprégnation d'argent suivie d'une légère macération dans l'alcool.

Cela fait, on peut par le raclage obtenir des lambeaux

(1) Poulet et Bousquet. *Traité path. ext.*, t. II, p. 839.

dont les cellules sont très bien conservées et fixées dans leur forme. On constate alors que les caractères principaux de ces cellules sont : *leurs grandes dimensions* et *l'irrégularité de leur forme*. En moyenne, elles mesurent de 25 à 40 μ, mais nous en avons décrit qui dépassaient 150 μ. Certaines sont sphériques, d'autres fusiformes, polyédriques, en raquette, avec ou sans prolongements. Les noyaux des cellules qui ont aussi proliféré mesurent de 9 à 12 μ et sont colorés par le carmin ; quelquefois même d'une façon très intense. Ces noyaux sont presque tous multiples. Le protoplasma qui les entoure est entièrement granuleux. Les cellules qui n'ont pas suivi ce mouvement général de prolifération apparaissent sous forme de lambeau incolore, réfringent, formé d'éléments agencés en une mosaïque régulière, à protoplasma granuleux, à noyau non coloré par le carmin.

c) *Paroi.* — La paroi des kystes simples de la mamelle n'est jamais isolable, mais le tissu mammaire qui la constitue a subi des altérations variées, altérations dues uniquement aux phénomènes de compression dont il est le siège. Les tissus formant paroi se divisent en trois zones d'après le degré de modification qu'ils ont subi.

La première zone, peu épaisse, mesure de 1/4 à 1/2 millimètre ; elle est formée de tissu fibreux. Les faisceaux de tissu conjonctif y sont parallèles ; tantôt ils ont subi entièrement la dégénérescence muqueuse, tantôt des faisceaux dégénérés et non colorables alternent avec d'autres qui peuvent encore être colorés. Ici,

l'on distingue encore au milieu d'eux les noyaux des cellules fixes du tissu conjonctif, ailleurs, le tissu a réagi et l'on trouve disséminées à travers les faisceaux, des cellules embryonnaires.

S'il se trouve des culs-de-sac glandulaires dans cette couche, ils sont aplatis. Les rarès faisceaux qu'on y perçoit sont également déformés et souvent enflammés.

La seconde zone possède à peu près la même épaisseur que la première ; on y voit que la pression exercée par le liquide à l'intérieur du kyste s'y est fait sentir d'une façon moins intense. Les faisceaux fibreux sont moins rectilignes que dans la précédente couche. La pression étant moindre, le degré de dégénérescence y est moindre aussi, et on y trouve une plus grande quantité de cellules colorées par le carmin. Les culs-de-sac glandulaires compris dans cette couche sont souvent enflammés par voisinage, agrandis par commencement de dilatation kystique, mais ils n'ont plus la forme allongée que nous avons signalée tout à l'heure.

Dans la troisième zone, on trouve surtout un grand nombre de culs-de-sac glandulaires à divers degrés de dilatation. Les faisceaux fibreux qui constituent cette zone, toujours formés de fibres ondulées, contiennent souvent un grand nombre de cellules embryonnaires.

On commence à retrouver là le tissu adipeux, qui tient une si grande place dans la structure de la mamelle. La dégénérescence peut atteindre certains faisceaux de cette zone.

Nulle part dans la paroi, et nous insistons sur ce fait, on ne trouve de tissu néoplasique.

d. *Zones avoisinantes.* — Au delà des zones que nous venons de décrire, on retrouve le tissu de la mamelle à peu près normal. Au milieu de tissu tout à fait normal en effet, on observe des culs-de-sac glandulaires dilatés, où l'on peut suivre quelquefois le développement des kystes simples.

En variant les coupes, on voit l'épithélium intra-acinien normal se détacher de la paroi du cul-de-sac dilaté (obs. IV).

Dans les parties de la glande où le processus kystique est plus avancé, on constate que des cellules épithéliales plus grandes qu'à l'état normal ont succédé aux premières. Les cloisons qui séparent les acini sont çà et là en dégénérescence, les cavités aciniennes sont en voie de fusion, et on conçoit de cette façon la formation des kystes multiloculaires.

Nulle part autour d'eux, on ne trouve trace d'un tissu néoplasique déterminé.

L'anatomie pathologique des kystes simples de la mamelle peut donc se résumer ainsi :

a' — Contenu de coloration variable présentant presque toujours les mêmes éléments en suspension.

b' — Epithélium de revêtement se faisant surtout remarquer par la variété de la forme de ses cellules et leurs dimensions exagérées.

c' — Paroi formée d'un tissu qui a subi une condensation considérable, et dans laquelle les éléments ont subi la dégénérescence muqueuse d'une façon d'autant plus complète, qu'ils sont plus voisins de la cavité kystique.

d' — Enfin, et c'est là d'après nous le point capital,

absence de production néoplasique déterminée soit à l'intérieur de la cavité kystique elle-même, soit dans l'épaisseur de sa paroi, soit dans les zones de tissu environnant.

Nous avons vu, au commencement de ce travail, que les kystes simples ainsi caractérisés sont rares : la fréquence de ceux liés à des néoplasmes n'est au contraire contestée par personne. Entre ces deux extrêmes, n'y aurait-il pas un moyen terme? Il y a longtemps qu'on a dit : « *Natura non facit saltus.* »

Il serait certainement intéressant de rechercher s'il n'existe pas des formes de transition entre les kystes simples et ceux liés à des néoplasmes. Dans une thèse publiée en 1867, Sacasa (1) signale déjà ces formes de transition. Il s'agit d'un kyste du sein à l'intérieur duquel on trouve une végétation globuleuse grosse comme une noisette. D'après l'auteur cette observation pourrait en quelque sorte « servir de transition entre les kystes « simples et les kystes accessoires d'une tumeur solide.» Du reste nous donnons ci-après un résumé de cette observation.

Observation (résumée d'après la thèse de Sacasa).

Il s'agit d'une dame de 70 ans, qui s'est aperçue, il y a vingt-deux ans, que son mamelon gauche donnait issue à un liquide clair qui subit par la suite diverses transformations. En même temps une tumeur, qui était apparue dans la glande, se prend à gros-

(1) Sacasa (Rob.). *Des tumeurs du sein au point de vue du diagnostic différentiel et du traitement.* Thèse de Paris, 1867.

sir et au moment de l'opération cette tumeur est dure en certains points, surtout à la base, en d'autres points elle présente de la fluctuation. Au-dessous du mamelon existe surtout une grande poche fluctuante. Elle n'adhère pas au pectoral, on sent des bosselures, des inégalités, des dépressions sur toute la surface de la mamelle.

On enlève le sein après avoir fait une ponction, et on se trouve à l'examen de la pièce anatomique en présence de cavités kystiques multiples.

L'examen histologique montre une paroi formée par du tissu conjonctif condensé. Les végétations sont formées par la surface irrégulière de la tumeur, qui présente un aspect spongieux, aréolaire, duquel on fait sourdre par pression de petites cellules énucléées, rondes et ovales. L'analyse du liquide permet d'y découvrir de la cholestérine.

Un cas analogue que nous avons étudié et dont voici l'observation détaillée nous semblerait aussi militer en faveur de ces formes de transition.

Observation V.

Kyste multiloculaire de la mamelle trouvé à l'autopsie. (La pièce a été recueillie et communiquée par M. le Dr de Larabrie, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine.)

La tumeur siège au sein droit d'une femme âgée de 65 ans environ, ayant eu un ou plusieurs enfants.

Examen macroscopique. — Aspect d'un sein normal, mamelon non rétracté, peau non adhérente. Pas de ganglions dans l'aisselle. Au-dessous du mamelon on perçoit trois bosselures dont l'une est fluctuante. Les deux autres, dures et résistantes, sont situées au-dessous de la précédente.

Ouvrant la cavité fluctuante, il s'en écoule un liquide louche grisâtre, dans lequel on voit briller des paillettes de cholestérine. Cette cavité a le volume d'une grosse noix ; sa face interne est lisse, blanche, d'aspect fibreux. Elle communique par une ouverture avec une cavité voisine. Cette ouverture rugueuse, admettant à peine l'extrémité du petit doigt ressemble assez à un orifice aortique athéromateux. La cavité dans laquelle elle donne accès offre un volume double environ de celui de la précédente. Elle est incomplètement divisée par un repli en croissant, sorte de valvule imparfaite, offrant à première vue la même structure que la paroi.

Cette paroi est rugueuse, et par place on voit des replis fibreux semblables aux colonnes charnues des valvules cardiaques. Appendues çà et là, on remarque des petites végétations d'aspect mûriforme, du volume d'un grain de mil, quelques-unes atteignent le volume d'une petite verrue.

La troisième bosselure contient un liquide onctueux, jaunâtre, considérablement épaissi par du mucus. Une mince membrane transparente la sépare des précédentes. Elle communique par un petit orifice étroit avec un petit cul-de-sac sphérique, dilaté derrière elle, sa membrane interne est lisse et d'apparence fibreuse.

Dans l'épaisseur de la glande, on trouve d'autres petites cavités kystiques, les unes à parois lisses, les autres à parois entrecoupées par des tractus fibreux, semblables à ceux que nous avons signalés tout à l'heure.

Divers fragments, pris en plusieurs endroits de la paroi sont durcis dans la gomme et l'alcool pour être examinés.

Examen microscopique. — Nous avons déjà donné les principaux caractères du liquide contenu dans les kystes. Coagulable par l'alcool, on y trouvait de nombreux cristaux de cholestérine.

Epithélium. — Les cellules épithéliales ont été obtenues par

raclage et dissociées dans le picro-carmin. On n'a pas pratiqué l'imprégnation d'argent, parce que la pièce ayant été recueillie à l'autopsie, ce procédé aurait eu peu de chances de réussite. Ces cellules présentent la plus grande variété de formes et de dimensions. Il n'y en a peut-être pas une qui rappelle l'épithélium normal de la mamelle. Elles sont tantôt arrondies, tantôt en raquette, tantôt fusiformes (voy. pl. fig. 4) et pour la plupart aplaties et très irrégulières. Sur quelques lambeaux, on peut distinguer les traces de la soudure des cellules entre elles. Elles présentent toutes un protoplasma granuleux assez abondant, par rapport au volume du noyau. Dans les très grandes cellules le protoplasma se présente constamment criblé de vacuoles remplies de mucus. Souvent les cellules contiennent plusieurs noyaux, en général assez petits, bien colorables par le carmin dans les cellules dont la dégénérescence est bien avancée, tandis que sa coloration est très faible ou nulle dans les autres.

Paroi. — Sur les coupes, et en procédant de dedans en dehors, on peut reconnaître la présence de l'épithélium constitué par les cellules décrites plus haut. Ces cellules se présentent stratifiées, et forment deux ou trois assises faisant de 150 à 160 μ environ. Elles sont appliquées sur des faisceaux fibreux, ondulés, presque parallèles, très fortement colorés par le carmin. Dans certaines parties des coupes le tissu fibreux est dissocié et se laisse infiltrer par les cellules. Quand on a dépassé les couches où domine le tissu fibreux à faisceaux parallèles, on rencontre une série de zones distribuées sans ordre appréciable, tantôt constituées par un tissu fibreux extrêmement dense, tantôt par un tissu fibroïde riche en petites cellules fusiformes.

Au milieu de ce dernier tissu sont creusées des cavités occupées par des petits groupes de cellules épithéliales, manifestement métatypiques.

Cette disposition nous oblige à admettre là une lésion de na-

ture épithéliomateuse, bien que le pouvoir de prolifération de ces cellules paraisse extrêmement minime. Dans quelques points les cellules sont détachées et on observe un réseau alvéolaire assez bien développé.

Sur une coupe, nous trouvons une cavité d'une certaine dimension totalement remplie de très grandes cellules à protoplasma granuleux à noyau faiblement colorable, cellules qui rappellent tout à fait l'épithélium du grand kyste. Dans les zones occupées par un tissu fibreux condensé, tantôt les éléments cellulaires sont absents, tantôt ils existent, soit isolés, soit agglomérés en masses, peu volumineuses. On constate aussi dans cette partie de la trame l'existence de nombreux amas de matière grisâtre, destinée à se transformer en tissu élastique. Par places, ce tissu grisâtre entoure des masses épithéliales de forme irrégulière et de volume variable, qui paraissent s'être développées dans les interstices du tissu conjonctif et qui dans certains points rappellent tout à fait l'aspect de l'épithélium tubulé.

On trouve aussi dans quelques points des amas de tissu embryonnaire, constitués exclusivement par des cellules rondes et de très petit volume. Enfin, après avoir dépassé ces couches de structure si compliquée, on arrive au tissu fibreux normal de la mamelle.

Les vaisseaux des parties malades sont peu nombreux. Nous avons remarqué seulement quelques grosses artères dont le calibre est en partie effacé par la pression des tissus voisins et par une prolifération de la tunique interne. Nous avons aussi observé des figures d'aspect assez singulier, consistant en une surface arrondie, grisâtre, granuleuse, entourée de plusieurs couches concentriques d'un tissu fibreux très dense. Après avoir étudié plusieurs de ces figures, nous avons reconnu qu'il s'agissait de faisceaux nerveux coupés en travers, dont les tubes

avaient subi une sorte de dégénérescence vitreuse, et dont le cylindre-axe ne se colorait plus par le carmin.

De tout ce qui précède, il résulte que la paroi du kyste que nous avons décrit n'est pas celle d'un kyste simple. Si pourtant par leur structure les parties constituantes de ce kyste se rapprochent de celles de l'épithelioma tubulé, si dans d'autres points les cellules détachées ont laissé libre un réseau alvéolaire analogue à celui du carcinome, il faut reconnaître qu'au point de vue clinique le kyste s'est comporté comme un kyste simple. Bien que nombre de culs-de-sac fussent détruits, que la membrane, qui selon Labbé et Coyne sépare le fond de l'acinus de l'origine des lympathiques eût disparu, on ne trouve pas d'engorgement axillaire. Et pourtant la malade portait sans nul doute sa tumeur depuis longtemps : il faut donc en conclure au pouvoir infectant nul de la part de ces cellules.

Que si donc, comme nous l'admettons volontiers, ce kyste était une forme de transition entre les kystes simples et ceux compliquant les tumeurs, on pourrait y voir autre chose que la dégénérescence d'un kyste simple. Cette forme de transition pourrait bien en effet n'être pas secondaire, mais bien primitive, nous y verrions la coexistence d'un kyste et d'un épithélioma, sans en conclure à un rapport de cause à effet.

Peut-être encore faudrait-il les regarder comme une phase plus avancée de ces kystes, décrits par Rogeau sous le nom de kystes à épithélioma intracanaliculaires, épithélioma que nous n'aurions pas constaté dans le con-

duit, mais qui sous une influence quelconque aurait commencé à pulluler dans le kyste développé en arrière de lui... ?

Il serait besoin de nouvelles observations pour trancher la question.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE.

Toutes les cavités kystiques que l'on trouve dans la mamelle peuvent se ranger sous deux chefs : ce sont, ou bien,

1° *Des kystes par dégénérescence*, et alors ils résultent de cavités produites au sein d'un néoplasme, ou bien,

2° *Des kystes par dilatation* et alors, cul-de-sac ou conduit excréteur a dû suivre l'expansion prise par le lobule auquel il appartient, à moins qu'il ne se soit dilaté en arrière d'un obstacle mécanique variable placé sur le trajet ou à l'origine du conduit, auquel cas le kyste prend le nom de *kyste par rétention.*

Les kystes par dégénérescence sont assez fréquents dans le cas de néoplasme. On les observe le plus souvent dans le carcinome et le myxome.

Les kystes par dilatation se présentent le plus souvent sous forme de fentes lacunaires, résultant des déformations mécaniques subies par les éléments glandulaires. MM. Labbé et Coyne (1) ont décrit le mode de

(1) Labbé et Coyne. *Loco citato.*

formation de ces cavités, nous leur emprunterons leur description. « La cause qui amène la déformation des « éléments glandulaires, disent-ils, est entièrement « mécanique, mais au lieu de procéder de dedans en de- « hors, comme dans les kystes par régression granulo- « graisseuse, intra-glandulaire et des produits sécrétés, « elle agit extérieurement. La partie essentiellement « glandulaire et sécrétante du lobule est entièrement « passive, tandis que le tissu qui l'entoure agit, et ré- « sume pour ainsi dire en lui tout le processus actif. « C'est l'hyperplasie plus ou moins considérable du tissu « conjonctif ambiant, qui amène forcément les diverses « déformations que l'on constate. »

Il est nécessaire de dire, pour l'intelligence de ce qui précède, que pour MM. Labbé et Coyne le tissu conjonctif qui enveloppe l'acinus se divise en deux zones. « Im- « médiatement en dehors de la membrane limitante de « l'acinus normal se trouve une zone claire, très-mince, « dans laquelle les éléments figurés sont rares ou tout « au moins peu apparents, puis, plus en dehors existe « une seconde couche, formée d'un tissu dont les cellules « sont plus nombreuses et concentriquement disposées « à l'élément glandulaire, de telle sorte que par leur « accumulation, elles paraissent former une seconde « membrane limitante aux grains glandulaires. »

Selon que l'hyperplasie du tissu conjonctif périacineux portera sur une couche ou sur l'autre, il en résultera des kystes simples ou des kystes lacunaires.

« Lorsqu'il s'agit de kystes lacunaires, c'est le tissu « périacineux et plus spécialement les zones les plus

« internes qui sont le point de départ de l'hyperplasie « conjonctive. Le tissu prolifère plus ou moins abon- « damment et sa masse augmente avec une rapidité va- « riable. Le premier effet de cette augmentation est d'é- « carter mécaniquement les uns des autres les culs-de-sac « glandulaires, mais, en même temps que chacun de ces « éléments est écarté de ses voisins immédiats, sa cavité « est agrandie. »

« Cette action dilatatrice s'exerce aussi dans le sens de « la longueur du cul-de-sac, qui est aussi allongé par le « même mécanisme. Cette action, d'abord peu marquée, « devient bientôt prédominante, si bien qu'au bout de « peu de temps, le cul-de-sac ressemble à un long tube dont la forme ovoïde a complètement disparu. »

Les kystes lacunaires ainsi formés se retrouvent dans les différentes tumeurs bénignes de la mamelle ; elles ont le caractère presque pathognomonique des fibromes mammaires.

Mais il peut arriver comme dans nos cinq observations, ou tout au moins dans nos quatre premières, que l'on trouve des kystes indépendants de toute tumeur néoplasique.

Quel est dans ce cas le mode de formation du kyste? La théorie de Meckel suppose que dans les mamelles jeunes les acini ont un accroissement plus rapide que les canaux excréteurs (kystes d'évolution) et qu'à l'époque où la glande se flétrit, l'atrophie de ces derniers marche plus vite que celle des lobules (kystes d'évolution). Pour Cadiat les tumeurs cystiques du sein, qui constituent les kystes simples, sont des transformations d'hypertrophie

glandulaire. Dans ces tumeurs hypertrophiques, il y a génération de culs-de-sac, sans développement parallèle des canaux galactophores. La formation de l'élément glandulaire entraîne comme conséquence *la sécrétion*. Le liquide sécrété ne peut pas s'écouler, d'où dilatation de l'enveloppe qui le contient et production d'une cavité kystique.

En dehors de ces théories, la plupart des auteurs pensent que le plus souvent le kyste « résulte de l'oblitération d'un des petits conduits lactés, et que c'est un kyste par rétention qui se produit » (Goodhart) (1).

Cornil et Ranvier (2) déclarent que les kystes formés par la rétention du produit de sécrétion des canaux galactophores ou des culs-de-sac distendus « sont dus à des « causes encore mal élucidées qui ont été rapportées à « l'oblitération partielle d'un des conduits, consécutive « à une atrophie fibreuse involutive de la glande, ou aux « cicatrices qui succèdent aux opérations sur le sein. »

Dans les observations qui font le sujet de ce travail, ce n'est ni à une opération antérieure, ni à une néoproduction des canaux galactophores que nous pouvons attribuer l'occlusion des canaux excréteurs. Les renseignements cliniques nous font défaut, mais nulle part sur le sein nous n'avons vu de cicatrice nous permettant de conclure à une opération antérieure ; nulle part nous

(1) Goodhart. *Nature et développement des tumeurs kystiques de la mamelle*. Analysé in *Revue générale de médecine*, 1872.

(2) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, 2e édition, t. II, p. 745.

n'avons trouvé d'obstacle dans la continuité des canaux galactophores.

Nos kystes en effet nous semblent tous siéger dans les culs-de-sac; les conduits proprement dits n'auraient pas participé à la dilatation.

Aux environs des grands kystes, nous trouvons les culs-de-sac dilatés, leur épithélium en prolifération : ils représentent des kystes en voie de formation et les canaux excréteurs que nous avons pu voir semblaient indemnes.

Nous avons donc toute probabilité en faveur de la dilatation kystique aux dépens de l'acinus.

Dans notre observation IV, nous voyons qu'au delà de la paroi kystique, on trouve des culs-de-sac à tous les degrés de la dilatation. Les uns sont garnis d'une seule rangée d'épithélium, les autres de deux ou plusieurs rangées. Au fond de certains culs-de-sac se trouve un contenu muqueux.

Partant de ces faits, nous pouvons concevoir ainsi qu'il suit la pathogénie de ces kystes.

Ce serait par agrandissement des culs-de-sac qu'ils sembleraient débuter. Au fur et à mesure de cet agrandissement, qui est lent, l'épithélium proliférerait, mais juste en quantité nécessaire pour tapisser la cavité kystique. Le petit contenu muqueux que l'on observe à son intérieur serait le résultat de la dégénérescence des cellules épithéliales, et de la desquamation qui est inséparable d'une semblable production. Cet épithélium du reste n'aurait aucun pouvoir infectant, ni aucune ten-

dance à percer la membrane des culs-de-sac, pour envahir les lymphatiques voisins.

Quant aux conduits galactophores du cul-de-sac dilaté, comme il est normalement resserré au moment où il s'abouche dans l'acinus, il est probable qu'il s'obture. Il ne semble pas participer à la dilatation : la forme très-arrondie des kystes, du moins dans ceux de petite volume, en est la preuve.

A mesure qu'il s'agrandit, le kyste détermine une compression des parties voisines et tend à atrophier, à condenser les tissus environnants. Ces tissus forment à la vérité un tout continu avec les parois du kyste, mais ils se présentent sous l'apparence de couches lamelleuses superposées. Pressés excentriquement par le contenu du kyste, ils ne se sont pas laissé étouffer sans résistance. Nous trouvons en effet des modifications plus ou moins profondes dans les faisceaux conjonctifs qui environnent le kyste, suivant que nous nous éloignons plus ou moins de la poche kystique, c'est-à-dire, suivant que la pression s'est fait plus ou moins sentir sur ces faisceaux.

Tout près de la poche, condensation complète, le tissu est analogue à celui du fibrome lamelleux. Une partie des faisceaux a cessé de vivre, ils ont subi la dégénérescence muqueuse ; les noyaux colorés que l'on aperçoit au delà montrent qu'un certain nombre a résisté. Plus loin l'irritation du tissu comprimé se manifeste par une infiltration plus ou moins abondante de cellules embryonnaires. Plus loin encore les culs-de-sac ressentent d'une façon variable le contre-coup de cette compression et de cette irritation de voisinage : tantôt étouffés ils se pré-

sentent sous forme de cavité aplatie dont les parois sont arrivées au contact, tantôt irrités, leur cavité est augmentée de volume et l'on peut voir à leur intérieur des granulations, des cellules en prolifération, que nous avons regardé plus haut comme le début du processus kystique.

Kystes multiloculaires. — On peut les observer dans les kystes simples, et la cloison qui les sépare peut être complète ou incomplète. Nous avons signalé ces deux formes (obs. II, III). Quand la cloison est complète, il s'agit de deux culs-de-sac voisins qui ont subi la dilatation : la membrane qui les sépare est alors mince, fibreuse, transparente.

Dans le cas de cloison incomplète, c'est comme une valvule échancrée qui sépare en deux la cavité kystique, valve qui résulte soit de la nécrobiose de la cloison chez des kystes qui auraient été primitivement distincts soit qu'elle représente la cloison hypertrophiée qui au fond d'un cul-de-sac sépare deux acini.

Donc, la pathogénie des kystes simples peut se résumer ainsi, que ces kystes d'ailleurs soient uni ou multiloculaires.

1° Dilatation d'un cul-de-sac formant la cavité kystique.

2° Condensation du tissu conjonctif des parties voisines.

2° Altération des culs-de-sac environnants, soit par atrophie, soit par hypertrophie.

En tout cas, développement de ces kystes sous une influence tout autre que celle d'un néoplasme proprement dit siégeant dans la paroi.

Disons un mot, en terminant, des différentes formes d'épithélium que nous avons rencontrées à la surface des kystes.

Nous avons vu au cours de nos observations que ces épithéliums affectaient parfois des formes bizarres : et pourtant nous avons pensé avec M. le Dr A. Malherbe que, l'on ne devait pas y voir dans les cas particuliers qui nous occupaient des signes de malignité. On sait aujourd'hui combien il est fréquent que l'épithélium dévie de son type normal. Nous croyons pouvoir ranger sous trois chefs les causes qui peuvent amener une cellule à aberrer dans son développement : ces causes sont :

1° Une cause spécifique, comme dans le carcinome, le tubercule, le sarcome.

2° Certaines conditions de milieu empêchant la pression des éléments voisins.

3° La faible vitalité des cellules d'où résulte un défaut de rapport entre la segmentation des noyaux et celle du protoplasma, conditions qui sont remplies dans les cas où l'on rencontre des cellules à noyaux multiples.

Les deux dernières causes semblent pouvoir être invoquées pour expliquer le développement si curieux de cet épithélium des kystes simples de la mamelle. Plongé au milieu d'un liquide qui lui permettait une expansion relativement libre, il a échappé à une pression trop intense. La faible vitalité de la paroi kystique dans laquelle nous n'avons rencontré que de rares vaisseaux, la dégénérescence muqueuse dont étaient atteintes les cellules épithéliales n'ont pas peu contribué à ce singulier développement.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE. — SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. TRAITEMENT.

L'absence de tout renseignement clinique au sujet des kystes que nous avons décrits nous oblige à une grande réserve dans ce chapitre.

Étiologie. — C'est aux dépens des culs-de-sac glandulaires que se forment le plus fréquemment les kystes simples. Ils peuvent s'observer à tout âge; de très bonne heure (kystes d'évolution de Meckel); dans la vieillesse (kystes d'involution); dans l'âge adulte, leur production restant subordonnée à une foule de causes qui peuvent d'une manière ou d'une autre amener l'atrésie d'un conduit galactophore.

Symptômes. — Ils varient avec l'étiologie. S'agit-il de kystes d'involution ? ces symptômes sont peu accusés, et c'est par hasard que la malade s'aperçoit de sa grosseur. Si le kyste est consécutif à un traumatisme (obs. de M. Launay) le processus kystique peut marcher plus rapidement : le plus souvent la tumeur n'atteint que très lentement un volume plus ou moins considérable. Une fois développée, la tumeur est arrondie, indolore, profondément placée, de consistance telle qu'elle peut provoquer une erreur de diagnostic, si elle atteint le volume d'une petite orange, il est quelquefois facile de percevoir la fluctuation.

La peau conserve ses caractères normaux, elle ne contracte pas d'adhérences.

Diagnostic. — C'est celui des tumeurs bénignes; lenteur de développement, absence de retentissement sur l'état général. Pour les distinguer des fibromes, on fera une ponction exploratrice; si plusieurs petites tumeurs se présentent simultanément sous les doigts et éveillent dans l'esprit, l'idée de la maladie kystique de M. Reclus, on se souviendra que cette dernière est essentiellement caractérisée par la sensation qu'elle donne d'une masse injectée au suif, et par la bilatéralité de la lésion.

Ajoutons enfin que le diagnostic de kyste simple est presque impossible à faire sur le vivant, les kystes se développant quelquefois à l'occasion de tumeurs solides qu'ils peuvent modifier assez profondément pour les masquer.

Pronostic. — Il variera avec l'âge de la tumeur. Au début le kyste n'étant jamais volumineux, le pronostic est très favorable, mais comme l'ont montré les travaux de Malassez (1) sur les kystes de l'ovaire, il peut se produire dans ces kystes des tumeurs secondaires dont il faut se méfier.

Considérant donc ce qui se passe pour les kystes ovariques et le transportant dans le domaine des kystes de la mamelle, ajoutant à cela l'impossibilité de savoir si un kyste simple à l'origine est encore simple à un moment plus ou moins éloigné de son début, nous pensons

(1) Malassez *Travaux du laboratoire d'histologie du Collège de France*, 1880.

que s'il s'agit de kystes anciens qui tout à coup se prennent à grossir, le pronostic doit être réservé, et nous plaçant au point de vue d'une récidive possible, nous croyons que, si lorsqu'il s'agit d'une kyste jeune on peut se contenter d'une ablation partielle du sein, il sera prudent, s'il s'agit d'un kyste ancien, de faire l'amputation totale de l'organe.

Traitement. — Etant donnée l'impossibilité d'établir sûrement le diagnostic, le traitement s'impose. C'est l'ablation et l'ablation précoce.

Ablation partielle, si l'on veut, dans le cas d'un kyste jeune; on taille alors dans la glande une tranche en forme de croissant, et l'on peut arriver ainsi à la guérison sans déformation sensible ; mais ablation totale de la glande s'il s'agit d'une tumeur ancienne sujette à des phénomènes d'accroissement.

Sans discuter ici le choix de la méthode opératoire, nous croyons que grâce aux pratiques antiseptiques actuelles, c'est au bistouri que l'on doit donner la préférence.

CHAPITRE VII.

Conclusions.

1° Les kystes simples de la mamelle sont rares.

2° Ils se développent le plus souvent aux dépens des acini glandulaires. C'était du moins le cas de ceux que nous avons étudiés.

3° Ils sont caractérisés par une paroi non isolable, exclusivement formée de tissu conjonctif condensé, revêtu d'un épithélium pavimenteux à grandes cellules de formes variables, et ils contiennent un liquide qui tient en suspension de la cholestérine.

4° Entre les kystes simples et les tumeurs kystiques, il existe des tumeurs complexes, réunissant dans leur structure, et dans des proportions variables, les caractères de ces deux ordres de tumeurs.

5° Tandis que le pronostic des kystes simples est bénin au début, celui des kystes anciens et des tumeurs mixtes doit être réservé.

6° Dans tous les cas l'ablation est indiquée.

Vu : le président de la thèse,
CORNIL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GÉRARD.

TABLE DES MATIÈRES